

Fullmakt för.....(fullmäktig) att hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Patientförsäkringen LÖF), organisationsnummer 516401-8557, företräda dödsboet och i övrigt vidta de åtgärder som är nödvändiga i samband med anmälan om behandlingsskada/patientskada för

Namn:..... Personnummer:.....

Fullmakten innefattar även rätten att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar.

## Fullmäktig (ombud)

För- och efternamn	Telefon (inklusive riktnummer)
Utdelningsadress, postnummer och ort	

## Fullmaktsgivare (dödsbodelägare)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer

## Fullmaktsgivare (dödsbodelägare)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer

## Fullmaktsgivare (dödsbodelägare)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer

## Fullmaktsgivare (dödsbodelägare)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer